Ю.Г. ФРОЛОВА

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ НАУЧНЫХ И ОБЫДЕННЫХ КОНЦЕПЦИЙ ЗДОРОВЬЯ

Рассматриваются обыденные концепции здоровья как важный фактор, влияющий на профилактическую активность населения. Эти концепции исследуются в рамках теории грамотности в области здоровья, теории социальных репрезентаций и теории популяризации науки. Определяется медицинское просвещение как одно из направлений популяризации науки; его эффективность на современном этапе связывается с необходимостью перехода от модели дефицита к модели участия.

Lay theories of health considered by the author as an important factor of the preventive activity of the population. These concepts are studied in the framework of the theory of health literacy, social representations theory and the theory of science popularization. Health education is defined as an aspect of the popularization of science; its effectiveness at the present stage is associated with the need to transition from a deficit model to a model of participation.

Содержание обыденных представлений о здоровье часто становится предметом психологических исследований, в то время как механизмам их формирования и характеру взаимосвязи с научными концепциями уделяется гораздо меньше внимания. Изучение данного вопроса должно затрагивать не только стихийные процессы развития «наивных» представлений, но и целенаправленную популяризацию медицинских знаний среди населения. Начиная со второй половины XX в. в публикациях, посвященных медицинскому просвещению, постоянно констатируется значительное рассогласование между растущим уровнем осведомленности людей о причинах болезней и относительно стабильной выраженностью рискованного поведения. Стремление объяснить этот парадокс в значительной степени стимулировало развитие психологии здоровья. Вначале причины несоответствия знаний человека его поступкам рассматривались как проявление индивидуально-личностных свойств: особенностей когнитивной и мотивационно-потребностной сферы, отношения к здоровью и пр. Позже, в 1990-е гг., психологи стали исследовать внешний контекст здорового поведения, его связь с социальным окружением. Таким образом, произошла смена ориентации в исследованиях – от индивидуально-психологических характеристик потребителя медицинских услуг к социально-психологическим закономерностям работы системы здравоохранения.

Каждый из этапов характеризовался различным подходом к изучению обыденных представлений. На первом этапе эти исследования осуществлялись на основе концепции грамотности в области здо-

ровья. Заметим, что в ранних отечественных источниках вместо термина «грамотность в области здоровья» использовался термин «санитарная культурность». Санитарная культурность – составная часть понятия санитарной культуры, характерной для того или иного общества. В понятие санитарной культуры входят как совокупная активность членов общества по профилактике заболеваний, основанная на наличии у них соответствующих знаний, так и объективные показатели окружающей среды, свидетельствующие о понимании необходимости заботы о здоровье. К ним относятся, например, степень благоустройства населенных мест, уровень распространения определенных заболеваний, связанных с поведением индивида и пр. В свою очередь, санитарная культурность – это те элементы санитарной культуры, носителем которых является сам человек (знания и гигиенические навыки)[1]. К сожалению, в последние годы объективные проявления санитарной культуры практически не исследуются, хотя характер взаимоотношений человека с окружающей его средой существенно изменился (урбанизация, загрязнение воздуха, исчезновение уникальных биологических видов и др.).

Термину «санитарная культурность» в английском языке соответствует термин «health literacy» (грамотность в области здоровья) – способность человека получать доступ к нужной информации, понимать и использовать ее таким образом, чтобы улучшать свое здоровье[2]. Грамотность в области здоровья, естественно, связана с общим образовательным уровнем, однако эта зависимость нелинейная. Многие грамотные люди, например, не вполне адекватно понимают значение медицинских терминов и рекомендаций, а часто и вовсе не обладают необходимыми сведениями[3].

Можно ли предполагать, что накопление информации о здоровье обязательно приведет к его улучшению за счет более разумного поведения? Всеобщая грамотность, как и повышение уровня благосостояния, открывает доступ к разнообразным источникам знания, зачастую противоречивым по своему содержанию. Поэтому образованный человек имеет большую склонность к критическому осмыслению информации и не считает медицинского работника единственным экспертом в области охраны здоровья. Как пишет российский врач Г.И. Царегородцев, современный пациент «хочет иметь дело с врачом, который для него… оказался бы личностью большего масштаба, чем он сам»[4]. Американские психологи Л. Бернард и Э. Крупат отмечают, что более высокий уровень образования не всегда является гарантией точного соблюдения требований врача и что медицинские работники нарушают режим лечения так же часто, как и представители других профессий[5]. Резкое противодействие медицинским рекомендациям характерно именно для образованных людей, умеющих искать необходимую информацию, считают британские врачи Т. Гринхал и С. Уэссели[6].

Наблюдающееся в последние десятилетия увеличение интереса населения к здоровью сочетается с активизацией попыток самостоятельно контролировать его качество, что в итоге способствует повсеместному распространению идей и практик так называемого «хэлсизма». Д. Ходжетс и др. определяют хэлсизм как новую форму общественного сознания XX–XXI вв., одним из основных содержательных элементов которой является идея персональной ответственности за здоровье. Чтобы быть здоровым, необходимо поддерживать нужный баланс бдительности и самоограничения[7]. Т. Гринхал и С. Уэссели систематизировали основные демографические, аттитьюдные и поведенческие характеристики хэлсизма. Типичным выразителем этих идей является молодой или средних лет человек с высшим образованием. Он активно ищет информацию о здоровье, озабочен поддержанием физической формы, всегда стремится делать выбор в пользу безопасного поведения, употребляет многочисленные биоактивные добавки, обеспокоен «ненатуральностью» пищевых продуктов и загрязнением окружающей среды, а медицину воспринимает как опасную науку, которая может нанести человеку вред. На клинических примерах авторы показывают, что хэлсизм, проявляющийся на уровне отдельного индивида, может представлять серьезные проблемы для терапевта и больного из-за нарушений режима лечения или несвоевременного обращения за помощью[8]. Монополия врачей на суждения о здоровье утрачена, считает П.Д. Тищенко, теперь эти суждения формируются и транслируются посредством публичных дискурсов, представленных в СМИ[9]. Парадоксальным образом прогресс медицины, который способствовал культурной и пространственно-временной экспансии научного знания благодаря увеличению доступности его источников, привел к появлению «пациента-эксперта», игнорирующего авторитет врача.

На современном этапе своего развития психология здоровья в большей степени ориентируется на концепцию социальных репрезентаций при объяснении закономерностей формирования обыденных концепций здоровья. По контрасту с подходами, основанными на внешней оценке «наивного знания» как искаженной или сокращенной версии знания научного, создатели концепции социальных репрезентаций исходят из предположения о том, что понятие здоровья насыщено символами, эмоциями и социальными смыслами. Социальные репрезентации – это представления, мысли, идеи, образы, разделяемые определенными группами людей, формирующиеся в процессе социального взаимодействия и группирующиеся вокруг определенного ядра. Ядро современных социальных репрезентаций здоровья составляют представления о личной ответственности индивида за свое состояние и о том, что болезнь всегда связана с внешними воздействиями на человека, с «чужими» людьми – другой ра-

сы, другого социального класса и пр. Таким образом, здоровье связывается с самодисциплиной и респектабельностью, отчетливой гражданской позицией, а болезнь – с их отсутствием[10].

Несмотря на то что теория социальных репрезентаций была первоначально сформулирована на основе проведенного С. Московичи исследования обыденных взглядов на психоанализ, т. е. исследования того, как медицинское знание становится публичным, лишь незначительное количество работ было выполнено в продолжение этой темы. Остается неясным, какую роль в формировании представлений о здоровье сыграло организованное распространение медицинских знаний. В основном в публикациях по проблемам социальных репрезентаций рассматриваются процессы усвоения и модификации получаемой из СМИ информации на индивидуальном и групповом уровне.

Если признать справедливым утверждение С. Московичи о том, что наука служит основным источником для формирования социальных репрезентаций[11], возникает вопрос, являются СМИ самостоятельными агентами, инициирующими распространение научного знания, или же передаваемые ими сообщения о здоровье – лишь часть систематических мероприятий, направленных на популяризацию науки. Исторический анализ позволяет подтвердить последнюю точку зрения. Начиная с конца XIX в. усиливается интерес как ученых, так и государственных деятелей к проблемам социальной гигиены. Становится очевидным, что эффективный контроль общественного здоровья невозможен без специально организованного медицинского (санитарного) просвещения – системы образовательных, воспитательных, агитационных и пропагандистских мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни и профилактику заболеваний. В СССР основная роль в организации и проведении этих мероприятий отводилась врачам[12]. Чтобы определить, почему медицинское просвещение не привело к существенным изменениям в поведении людей, необходимо обратиться к историческому анализу процесса популяризации медицинских концепций.

В социальной истории науки описаны две модели ее взаимодействия с обыденным знанием – модель «дефицита» (классическая модель) и модель «участия». Согласно классической модели, на первой стадии ученые получают «истинное» знание, на второй – распространяют его среди «непросвещенного» населения, которое, как предполагается, не обладает достаточными интеллектуальными навыками для участия в развитии науки[13]. И когда возникает необходимость в популяризации науки (например, в распространении медицинских знаний с целью контроля над заболеваемостью), профессионалы начинают сетовать на то, что публичное мнение отличается от их собственного, а обыденное сознание недостаточно рационально. Таким образом, создается и углубляется разрыв между наукой и публикой*, последней отводится роль пассивного реципиента научной информации. Соответственно возникает необходимость в популяризации. В последние годы для медицины вопрос о том, что является наукой и кто должен контролировать научную практику, особенно актуален из-за появления большого количества альтернативных подходов к лечению и профилактике (целительство, религиозные практики, генная инженерия). Разнообразие доступных для индивида технологий контроля над телом, от самовольно назначенных диет до лечения «по Интернету», позволяет предположить, что популярная медицинская наука существенным образом влияет на здоровье населения. Эту ситуацию лучше описывает модель «участия».

Она основывается на предположении о том, что наука не является единственным источником повседневного знания. Согласно Б. Бенсо-Винсен, необходимо различать «авторизованную» науку и «технонауку». Модель «авторизованной» науки фиксирует дистанцию между наукой и публикой, связанную с неизбежной специализацией и формализацией научного дискурса. В свою очередь, модель «технонауки» в большей степени отражает современные реалии: противоречие между различными видами экспертного знания, увеличение доступа общественности к научным ресурсам, особенно за счет развития компьютерных технологий, организация потребителей научного знания в ассоциации, группы по интересам и пр. Тем не менее данная модель нуждается в конкретизации. Наука обеспечивает развитие лишь одного из сегментов знания. Учет мнения публики необходим, так как она является источником важной информации относительно эффективности или потенциальных проблем практического применения результатов исследований[14]. Как пишет Э. Даум, когда знание становится публичным, оно должно оцениваться не только по критерию своего соответствия научным концепциям, технической и экономической полезности. Знание, распространенное среди публики, представляет общественную ценность, так как обеспечивает ее средствами ценностного осмысления мира, способами решения моральных проблем[15].

Особое внимание историки науки уделяют анализу тех практик, которые делают научное знание публичным. Эти практики представляют собой своего рода «драмы», разыгрываемые перед публикой. Они служат повышению интереса публики к научным вопросам и укреплению ее веры в могущество науки[16]. Можно предположить, что используемые в медицинском просвещении методы воздейст-

* В данном случае публика – это не организованная по формальным признакам социальная группа, члены которой воспринимают информацию с точки зрения общих интересов.

вия будут отличаться различной степенью активности, которая ожидается от целевой аудитории, т. е. ориентацией на дефицитарную модель или на модель участия и в соответствии с этим различными способами презентации научного знания публике. Проведенный нами анализ хронологической совокупности публикаций по проблемам медицинского просвещения с 1920-х по 1980-е гг. показывает, что в первой половине этого периода (1920–1940-е гг.) специалисты в области медицинского просвещения считали важной стимуляцию не только познавательной, но и социальной активности аудитории. Уникальные для этого периода формы медицинского просвещения свидетельствуют о стремлении к диалогу с аудиторией. Конечно, такое взаимодействие во многом направлялось идеями о том, что «публика» состоит из малообразованных индивидов, которые не поймут и не примут медицинские концепции, если их не представить в эффектной и наглядной форме, однако оно в любом случае позволяло аудитории принять участие в производстве и оценке научного знания. Эта оценка часто проводилась с опорой на социальные и моральные критерии. В СССР такой подход к популяризации науки в целом был типичен для периода 1920–1930-х гг., пишет Т. Эндрюс. Он определялся характерными для данного периода идеями о необходимости сделать науку не просто понятной, но пригодной для практического использования в повседневной жизни. Налаживая диалог с целевой аудиторией, популяризаторы науки стремились сформировать позитивное общественное мнение о ценности и полезности науки для нового государства[17].

Уникальными для данного периода формами просвещения были «санитарный театр», «санитарный суд», лекции, сопровождавшиеся лабораторными опытами. В спектаклях «санитарных театров» отображались либо судьбы конкретных больных и врачей, либо в метафорических образах болезни – как воплощение зла, с которым нужно бороться. «Санитарные суды» могли быть как инсценированными, так и реальными, например, общественный суд над знахарем, который по итогам процесса был приговорен к исправительным работам. Наконец, лабораторные опыты служили целям повышения активности и обеспечения наглядности за счет временного превращения слушателей в «естествоиспытателей». Им предлагалось рассматривать в микроскоп образцы крови и тканей тела, убеждаться на практике в эффективности дезинфекционных камер как средства борьбы с паразитами и пр.[18]

Таким образом, период 1920–1940-х гг. в развитии отечественного медицинского просвещения характеризовался сочетанием модели дефицита и модели участия. С одной стороны, типичное описание целевой аудитории в рассмотренных текстах включало такие ее характеристики, как «необразованность», «отсталость» и др., с другой – активности аудитории уделялось значительно больше внимания, чем после окончания этого периода. Вместе с тем главными способами привлечения внимания аудитории на первом этапе были наглядность и эмоциональность информации, стремление представить ее в образной форме. Чем больше отличались способы профилактики заболеваний от относительно простых для подражания действий («мойте руки перед едой», «делайте прививки»), тем сложнее оказалось их пропагандировать с помощью таких методов. К примеру, до сих пор медицина не в состоянии предложить однозначные рекомендации по профилактике рака.

В 1950-е гг. можно констатировать изменившееся отношение к целевой аудитории, подчеркиваются ее образованность, необходимость перехода от агитационных мероприятий к воспитанию осознанного отношения к своему здоровью, обеспечение людей адекватной уровню их интеллектуального развития информацией. Предполагается, что систематическое медицинское просвещение в основном должно быть направлено на детей и подростков, в то время как целенаправленным воздействиям на взрослое население уделяется гораздо меньше внимания. Популяризация медицинских знаний основывалась на предположении о том, что для взрослого человека образованность и осведомленность являются достаточными стимулами к заботе о здоровье[19]. Произошел окончательный переход к модели дефицита. В результате информирующий подход стал основным в просвещении, социальному же и эмоциональному смыслу сообщений уделялось мало внимания. Одним из негативных результатов переоценки грамотности населения в области здоровья явилось недостаточное развитие методов медицинского просвещения, ориентированных на взрослых людей. Между тем взрослые также ведут себя рискованно, однако виды и мотивы этого поведения отличаются от таковых у подростков.

К концу 1980-х гг. рост скептических настроений в отношении современной медицины, связанный с отсутствием эффективных средств борьбы с хроническими заболеваниями, способствовал уменьшению ценности просветительской информации для ее потребителей, а также усилению сопротивления врачебным воздействиям в целом. Большое количество каналов, по которым передается информация о здоровье, лишь усложняет ситуацию. В данных условиях более эффективной будет модель участия, предполагающая открытый диалог между обществом и медициной, активное участие различных социальных групп не только в осуществлении каких-то профилактических мероприятий, но и в их разработке и оценке.

Таким образом, характер взаимодействия научных и обыденных концепций здоровья в значительной степени определяется особенностями процесса целенаправленной популяризации медицинских знаний, который может быть ориентирован на модель «дефицита» или на модель «участия».

[1] См.: Соколов И.С. Показатели санитарной культурности населения и методика их изучения. М., 1959.
[2] См.: Rudd R.E., Anderson J.E., Rosenfeld L. Health Literacy // Encyclopedia of Epidemiology. London, 2007.
[3] См.: Отношение населения к здоровью / Под ред. И.В. Журавлевой. М., 1993.
[4] Царегородцев Г.И. Современный пациент // Советское здравоохранение. 1989. № 10. С. 12–13.
[5] См.: Bernard L.C., Krupat E. Health psychology: Biopsychosocial factors in health and illness. Fort Worth, 1994.
[6] Greenhalgh T., Wessely S. «Health for me»: a sociocultural analysis of healthism in the middle classes // British Medical Bulletin. 2004. Vol. 69. № 1. P. 197–213.
[7] См.: Hodgetts D., Bolam B., Stephens C. Mediation and the construction of contemporary understandings of health and lifestyle // Journal of Health Psychology. 2005. Vol. 10. № 1. P. 123–136.
[8] См.: Greenhalgh T., Wessely S. Op. cit.
[9] См.: Тищенко П.Д. Био-власть в эпоху биотехнологий. М., 2001.
[10] См.: Crawford R. The boundaries of the self and the unhealthy other: reflections on health, culture and AIDS // Social Science and Medicine. 1994. Vol. 38. № 10. P. 1347–1365.
[11] См.: Московичи С., Хьюстон М. От науки – к здравому смыслу // Социальная психология / Под ред. С. Московичи. СПб., 2007. С. 564–591.
[12] См.: Попов В.Ф., Беляева А.Т. // Санитарное просвещение. М., 1988.
[13] См.: Daum A.W. Varieties of popular science and the transformations of public knowledge: Some historical reflections // Isis. 2009. Vol. 100. № 2. P. 319–332.
[14] См.: Bensaude-Vincent B.A. Historical perspective on science and its «others» // Isis. 2009. Vol. 100. № 2. P. 359–368.
[15] См.: Daum A.W. Op. cit.
[16] Там же.
[17] См.: Andrews T. Science for the masses: The Bolshevik state, public science, and the popular imagination in Soviet Russia, 1917–1934. College Station, 2008.
[18] См.: Санитарное просвещение: Сб. ст. М., 1925; Там же. М., 1939.
[19] См.: Боголепова Л.С. О гигиеническом воспитании населения на современном этапе // Советское здравоохранение. 1964. № 8. С. 7–11; Соколов И.С., Трахтман Я.Н. // Санитарное просвещение. М., 1971.

Поступила в редакцию 25.02.10.

Юлия Геннадьевна Фролова – кандидат психологических наук, доцент. Сфера научных интересов – клиническая психология и психология здоровья: социальные репрезентации здоровья и болезни, психологические проблемы просвещения в сфере здоровья, социально-психологические факторы безопасного и рискованного поведения. Автор 63 научных работ, в том числе монографии, 6 учебных пособий, статей и материалов конференций. Награждена Почетной грамотой БГУ за многолетнюю плодотворную работу.